

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE ENFERMERIA**

**Estilos de vida en homosexuales con VIH en Lima  
Metropolitana, 2011**

**TESIS :**

**para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería**

**AUTOR :**

**Sergio Casas Cárdenas**

**ASESOR :**

**Angela Rocío Cornejo Valdivia de Espejo**

**Lima – Perú**

**2012**

Dedicada a aquel AMIGO,  
Que siempre estuvo a mi  
lado y supo darme las  
fuerzas para seguir adelante.  
A Dios.

A una mujer que siempre me  
dió su apoyo, aun en los momentos  
difíciles, gracias por haberme dado la  
dicha de tenerte como mi inspiración.  
A mi madre Cresilda..

A mi padre Julio,  
Por sus sabios consejos,  
mi mamá Paulina  
y hermanos.

Por la asesoría prestada en  
este esfuerzo hecho tesis.  
A la Dra. Rocio Cornejo  
Valdivia de Espejo.

A mis grandes amig@s:  
Ofelia, Sofia, Gennifer, Angela,  
Nilda, Esther, Maritza, Jonathan,  
Renato, Javier, Roberto, Victor,  
Ernesto, Ricardo, Carlos y Cesar,  
por ser parte de una segunda  
familia.

A todas aquellas personas  
“*diferentes*”, quienes nos  
dan una perspectiva distinta  
de la vida y nos ayudan a ser  
mejores personas y  
Profesionales de Enfermería.

## INDICE

	Pág.
Resumen	
Summary	
Presentación	
<b>CAPITULO I: INTRODUCCION</b>	<b>13</b>
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
C. OBJETIVOS	16
D. JUSTIFICACIÓN	16
E. PROPÓSITO	17
F. MARCO TEÓRICO	17
F.1. Antecedentes	17
F.2. Base Teórica	20
F.2.1 La Homosexualidad.	21
F.2.2. Aspectos Teóricos - Conceptuales sobre el VIH/SIDA	24
F.2.3. La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	25
a) Vías de Transmisión del VIH.	25
F.2.4. Las emociones ante el diagnóstico del VIH	26
a) Fases de afrontamiento del VIH	27
F.2.5. Estilos de vida y la Salud.	28
a) Estilos de vida.	29
b) Dimensiones de los estilos de vida.	30
F.2.6. Rol del profesional de Enfermería en el Manejo del Paciente con VIH según el Modelo de la Enfermería Transcultural de Leininger.	37
F.3. Definición Operacional de Términos.	38

<b>CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS</b>	<b>39</b>
<b>A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO</b>	39
<b>B. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO</b>	40
<b>C. ACTORES</b>	40
<b>D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	41
<b>E. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN         DE DATOS.</b>	41
<b>F. PROCESO DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.</b>	43
<b>G. CONSIDERACIONES ÉTICAS.</b>	43
 <b>CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION</b>	 <b>45</b>
<b>A. DATOS GENERALES</b>	45
<b>B. DATOS ESPECIFICOS</b>	47
 <b>CAPITULO IV: CONSIDERACIONES FINALES, LIMITACIONES Y         RECOMENDACIONES.</b>	 <b>66</b>
<b>A. CONSIDERACIONES FINALES.</b>	66
<b>B. LIMITACIONES.</b>	68
<b>C. RECOMENDACIONES.</b>	68

Referencia Bibliográfica

Bibliografía

Anexos

## **RESUMEN**

La presente investigación surge de la observación de la vulnerabilidad multifactorial de los homosexuales, la cual ha sido poco enfocada por los programas de lucha contra el SIDA y las ITS, debido a que no constituyen un grupo homogéneo sino que representan una amplia gama de personas con estilos de vida y necesidades de salud distintas a la población heterosexual, diferenciando del mismo modo las necesidades en salud de los homosexuales seropositivos en relación a los homosexuales seronegativos. Los programas y mensajes para la prevención de la infección/reinfección del VIH y otras ITS deben incluir visiblemente a los individuos homosexuales seropositivos sin que se perciba culpabilización, estigma o se apele a su exclusiva responsabilidad. Se deben tener en cuenta los factores emocionales que influyen para que se impliquen en prácticas sexuales no seguras y no se asuman o juzguen como comportamientos irresponsables.

Si bien muchos hombres se infectan con parejas sexuales que no saben de su estado serológico, el incremento de la incidencia del VIH y de las tasas de ITS subrayan la necesidad de entender a profundidad los estilos de vida de los homosexuales con VIH. Para conocer las necesidades de prevención, cuidado y soporte a los participantes homosexuales, se necesita un entendimiento profundo de este colectivo con respecto a: su situación de ser seropositivo, su sexualidad y prácticas sexuales, la percepción y significados del riesgo sexual, y los contextos sociales y familiares en los cuales se desenvuelven. Los resultados de esta investigación servirán para desarrollar intervenciones adaptadas, focalizadas y dirigidas particularmente a aumentar el acceso de este grupo vulnerable a la prevención y a los servicios de cuidado, apoyo y tratamiento del VIH.

Razón por la que surge la necesidad de realizar un estudio cualitativo sobre “Estilos de vida del homosexual con VIH en Lima Metropolitana-2011” que ofrece un profundo entendimiento de lo que para los participantes homosexuales significa ser seropositivo, el impacto que tiene el VIH en la vida, el cuidado y el riesgo sexual, y las necesidades que se generan por vivir con el VIH.

El presente estudio es del tipo descriptivo con el uso de una técnica cualitativa como es la “Entrevista a Profundidad”, ello debido a la naturaleza del fenómeno a investigar y está encaminado a conocer los estilos de vida del homosexual con VIH. La población estuvo constituida por 10 homosexuales con VIH captados en los talleres organizados por el GAM (Grupo de ayuda mutua) “Corazones chalacos” y el Centro Comunitario GLBT “5to PISO”.

Entre las consideraciones más resaltantes tenemos: para los participantes lo más importante es “sentirse bien” y si eso lo consiguen sin los fármacos prescritos, pues lo prefieren así. También se ha identificado casos de negación de la enfermedad, es decir que no han encontrado aún los mecanismos de adaptación para aceptar su enfermedad, trayendo como consecuencia que no se preocupen de su tratamiento. De otro lado han cambiado su perspectiva de la vida y vivir el presente es lo primordial. En cuanto al aspecto sexual, tan crucial para todo ser humano, se ha encontrado participantes cuya responsabilidad esta primero que todo y actuar con prudencia y tomando todas las medidas de seguridad es su nueva actitud; frente a otros que continuaran con una vida sexual poco segura, constituyéndose en un peligro de salud pública.

**Palabras claves:** Estilos de vida, Homosexual, VIH.

## **SUMMARY**

The following investigation emerges from the observation of the multifactorial vulnerability of homosexuals, which has been scarcely focused by the AIDS and STDs fighting programs, since it doesn't constitute a homogeneous group but represents a wide range of people with different lifestyles and health needs different to the heterosexual population, differentiating the health needs of HIV positive homosexuals in regard to HIV negative homosexuals.

Although many men are infected through sexual partners who don't know of their serological condition, the increase of HIV events and STD rates highlights the need to deeply understand the lifestyles of homosexuals with HIV. To know the needs of prevention, care and support of the participant homosexuals, a profound understanding of this group is needed in regard to: HIV positive status, sexuality and sexual practices, the perception and meanings of sexual risk, and the social and familiar context in which they develop. The results of this investigation will work to develop adjusted interventions, focused and directed particularly to increase the access of this vulnerable group to the prevention and to the care services, support and treatment of HIV.

Which is the reason for the emergence of the need to conduct a qualitative study about 'The Lifestyle of Homosexuals with HIV in Metropolitan Lima-2011' which offers a deep understanding of what for the homosexual participants means to be HIV positive, the impact it has in life, the care and sexual risk and the needs that are generated by living with HIV.

The current study is of the descriptive type with the use of a qualitative technique, the 'In-depth Interview', because of the nature of the phenomenon to investigate and this directed to know the lifestyles of HIV homosexuals.



The population was made up of 10 HIV homosexuals taken from the workshops organized by GAM (Mutual Help Group), 'CorazonesChalacos' and the Communitarian Center GLBT '5to PISO'.

Among the most outstanding considerations we have: the most important thing for the participants is to 'feel good' and if they can achieve that without the prescribed medicine, then they prefer so. There have also been cases of illness denial, that is to say, they still haven't found the coping mechanism to accept their illness, consequently leading to them not worrying about their treatment. On the other hand, they have changed their perspective of life and understood that living in the present is essential. In regard to the sexual aspect, so crucial to every human being, there have been found many participants with a new attitude whose responsibility is of utmost importance and that act with caution and take all security measures; in contrast to other participants who don't seem to have reflected about their disorganized and risky life by continuing with an unsafe sexual life, constituting a danger for public health.

**Key Words:** Lifestyles, Homosexual, HIV.

## **PRESENTACIÓN**

La historia del SIDA se inicia en el año 1981 cuando Michel Gottlieb, un médico de los Ángeles California, diagnosticó un tipo muy raro de neumonía en un paciente joven cuyo agente etiológico fue *Pneumocystiscarini*: en breve plazo se diagnosticaron otros 4 casos similares, todos ellos en pacientes homosexuales, lo que llevó a algunos autores a denominarla “Síndrome de Inmunodeficiencia Relacionada con homosexuales o “Peste rosa”.

Por otro lado, la prensa difundió de manera amplia y reiterada la teoría “científica” de que existen “grupos de alto riesgo” que agruparía a HOMOSEXUALES, HAITIANOS, HEMOFÍLICOS, HEROINÓMANOS: “La Peste de las 4 H”. Esto constituyó en su momento la justificación teórica de una cacería. El grupo de los homosexuales quedó estigmatizado en la población, pues fueron y son considerados enfermos, anormales y pecadores; al hablar de ellos nos referimos a una forma de sexualidad. La persona tiene la libertad de elegir su orientación sexual e impedirlo constituye un desprecio a los derechos humanos.

En la actualidad todavía gran parte de la población asocia la transmisión del VIH- SIDA a la conducta homosexual de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), pero lamentablemente los casos de personas heterosexuales contagiados ha ido aumentando lentamente en un 12%, de manera que se llegará a un momento en que los enfermos sean principalmente personas con conducta heterosexual con una proporción similar de hombres y mujeres enfermas y por ende los hijos de éstas.

Por ello, el presente estudio tiene como propósito proporcionar información al profesional de Enfermería, acerca población homosexual afectada por el VIH, el cual no es una cuestión que existe por sí solo, sino que está muy arraigado a otros aspectos esenciales de la vida de los hombres homosexuales, como son el romance y la intimidad, sus relaciones sociales, aspectos que van a permitir al profesional de enfermería a comprender las situaciones que afectan los

estilos de vida del homosexual con VIH y por ende, enfocar mejor su rol educativo y humanístico.

El presente estudio consta de; Capítulo I: Introducción, donde se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, justificación, objetivos, propósitos, antecedentes, base teórica, hipótesis, definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Método, el cual abarca el nivel, tipo, método, escenario de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, plan de procesamiento y presentación de datos. Capítulo III: Resultados y discusión. Capítulo IV: consideraciones finales, limitaciones y recomendaciones. Y por último las referencias bibliográficas, la bibliografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA.**

A nivel mundial el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es un problema de salud pública de gran importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos, situación a la cual no está ajeno nuestro país. (1) Lo cual afecta a todas las personas sin distinción de su condición económica, edad, sexo, raza, religión, observándose además que los habitantes de los países en desarrollo son los más afectados y que los Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH), Trabajadores Sexuales (TS), y en general las mujeres, los jóvenes y los niños/niñas, son más vulnerables.(2)

En América Latina según la OMS, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2008 fue de 170 000 [150 000–200 000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones [1,8 millones–2,2 millones]. Según las estimaciones, aproximadamente 77 000 [66 000–89 000] personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida durante el 2008. (3)

El número de infecciones por el VIH entre hombres es significativamente más elevado que entre mujeres, debido en gran parte a la predominancia de la transmisión sexual entre hombres. De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 hasta el 2011, el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. En el Perú, el número notificado de casos de Sida entre varones en 2008 fue casi tres veces más alto que el número registrado entre mujeres. (4)

A septiembre de 2009, el Ministerio de Salud -MINSA reporta en sus estadísticas 23.446 casos de SIDA y 36.138 de VIH en Perú. Sin embargo, según el modelo de estimaciones desarrollado por OMS y ONUSIDA, existen aproximadamente 76.000 personas viviendo con VIH/Sida en el Perú. La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados. Por ello se dice que Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, trabajadores y trabajadoras sexuales. (5)

Los homosexuales son un grupo altamente vulnerable, y los factores culturales, sociales, políticos, económicos y religiosos que llevan a la negación de los mismos y sus prácticas sexuales genitales, incrementan su vulnerabilidad debido al estigma, separación social, exclusión, vulneración, estigmatización, discriminación e incluso al hacerlos víctimas de otros crímenes de odio que llegan al extremo de las amenazas de muerte, el desplazamiento forzado y la muerte, que se presenta en espacios tales como el lugar de trabajo, la escuela/universidad, clínicas/hospitales y en sus propias familias.

Esta vulnerabilidad multifactorial de los homosexuales ha sido poco enfocada por los programas de lucha contra el SIDA y las ITS, debido a que no constituyen un grupo homogéneo sino que representan una amplia gama de personas con estilos de vida y necesidades de salud distintas. El VIH no es una cuestión que existe por sí sola sino que está ligada a los diferentes aspectos de la vida de los hombres. El riesgo relacionado con el VIH está muy arraigado a otros aspectos esenciales como son el romance y la intimidad, el deseo sexual y el amor, el uso del alcohol y drogas recreativas, la homofobia, la coerción y el abuso, el racismo y la autoestima. (6)

El modelo de Callista Roy se enfoca en los aspectos de la vida del ser humano que deben ser superadas para lograr una adaptación eficaz ante una crisis situacional o enfermedad. El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento de una crisis dejando muy poca fuerza de voluntad para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Callista Roy define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente; estos esfuerzos actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. Para enfrentarse a los cambios adversos las personas ponen en marcha, pensamientos y acciones que han sido identificadas como estrategias de afrontamiento.

Al interactuar con personas homosexuales con diagnóstico de VIH (+), refirieron: *“No sé cómo pudo pasarme esto, debe ser un error en mis pruebas, esto no me puede pasar a mí”, “Actualmente no sigo tratamiento por que aún no me he sentido mal, además me han dicho que te producen malestares”, así como también refieren: “Me siento bien de salud, ahora tengo más cuidado pero no sé cómo actuar, ni que decir cuando mi pareja quiere tener sexo sin protección, no sé si decirle lo que tengo”, “No sé si contárselo a mi familia o mis amigos, porque temo que me rechacen o me tengan lastima ”.* Todo lo referido genero el interés de indagar en el siguiente problema.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los estilos de vida en homosexuales con VIH en Lima Metropolitana en el año 2011?

## **C. OBJETIVOS**

### **C.1- Objetivo General**

- ✓ Describir los estilos de vida en homosexuales con VIH.

### **C.2-Objetivos específicos**

- ✓ Identificar los estilos de vida del homosexual con VIH. en la dimensión biológica
- ✓ Identificar los estilos de vida del homosexual con VIH. en la dimensión psicológica.
- ✓ Identificar los estilos de vida del homosexual con VIH. en la dimensión social.

## **D. JUSTIFICACIÓN**

La epidemia del VIH y SIDA no ha hecho más que reactivar y fortalecer el estigma y la discriminación que la sociedad había impuesto a la población homosexual, convirtiendo a estas comunidades en “culpables” de la existencia del VIH y la epidemia, “merecedoras” por tanto de los efectos de esta. Esta situación de exclusión y vulnerabilidad hace que el autoestima, percepción de riesgo y condición de salud se vean impactadas negativamente entre quienes forman parte de esta población que representa una amplia gama de personas con estilos de vida y necesidades de salud distintas.

En relación a la tendencia se observa un aumento, en Lima se ha registrado una prevalencia del 22% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en el 2003 (el porcentaje era del 18% en 1998); y uno de cada 10 varones encuestados afirmó haber mantenido relaciones sexuales con otros varones mientras que de

éstos, nueve de cada 10 afirmaron tener también relaciones sexuales con mujeres. (7)

## **E. PROPOSITO**

Los resultados del estudio tienen como propósito proporcionar información sobre la población homosexual afectada por el VIH, el cual no es una cuestión que existe por sí solo, sino que está muy arraigado a otros aspectos esenciales de la vida de los hombres homosexuales, como son el romance y la intimidad, sus relaciones sociales, aspectos que van a permitir comprender al profesional de enfermería las situaciones que afectan los estilos de vida del homosexual con VIH y por ende enfocar mejor su rol educativo y humanístico.

Por ello, llegar a conocer y comprender los aspectos sociales que influyen en la construcción de la sexualidad individual, han de permitir al Enfermero (a), brindar una atención holística al usuario homosexual, el fortalecimiento de las instituciones de salud, personal de salud y de los servicios que brindan a esta población.

## **F. MARCO TEORICO**

### **F.1.- ANTECEDENTES DE ESTUDIO.**

Luego de realizar la revisión de los antecedentes se han encontrado algunos estudios relacionados, así tenemos que:

A Nivel Nacional:

YVETT SOLEDAD ESTEFANERO CARPIO, en Lima, en el año 2006, realizó un estudio titulado: “Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica. El método utilizado fue descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 100 mujeres. La técnica utilizada fue la



entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“Los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 52 (52%) presentan estilos de vida no saludable. En la dimensión biológica 50 (50%) presentan estilos de vida no saludable en relación a la falta de ejercicios físicos, consumo de frutas y verduras, control de la presión arterial, control del peso, densitometría ósea, mamografía y 50 (50%) poseen estilos de vida saludable relacionado al consumo de lácteos, huevos, carnes y examen de Papanicolaou. En la dimensión psicológica 66 (66%) presentan estilos de vida no saludable relacionado a la lectura, apariencia física comunicación de sus sentimientos y 44 (44%) estilos de vida saludable en relación a que se sienten apreciadas por los demás. En la dimensión social (80%) presentan estilos de vida no saludable respecto a la participación en actividades recreativas y adecuadas relaciones con la pareja y 20 (20%) estilos de vida saludable en relación a adecuadas relaciones personales con los hijos.”(8)*

LUZ ELENA, PRETELL HARO, en Lima, en el año 2001, realizó un estudio titulado: “Conocimientos, practicas y factores de vulnerabilidad relacionados a la transmisión sexual del SIDA en los travestis que ejercen el comercio sexual en las Avenidas Arequipa y Paseo de la Republica”, con los objetivos de: Determinar los conocimientos sobre SIDA y sus formas de transmisión sexual en las Avenidas Arequipa (Lima) y Paseo de la República (Lince), identificar las prácticas sexuales relacionadas con la transmisión sexual del SIDA en la población en estudio. El método utilizado fue descriptivo, de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 22 travestis trabajadores sexuales. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“La mayoría de los travestis tienen conocimientos sobre el SIDA y sus formas de transmisión sexual, sin embargo un considerable (45.6%) no conoce la definición o lo hace erróneamente, del mismo modo ocurrió con el agente causal (24,4%) y las vías de transmisión del VIH (30%); solo un*

*porcentaje mínimo (3,3%) de entrevistados considera que el SIDA se transmite mediante abrazos, masajes, besos, caricias. En cuanto a las prácticas de riesgo relacionadas a la transmisión sexual del SIDA, la mayoría (81,3%) de los entrevistados usa condón en el contacto sexual, existe un considerable porcentaje (16,9%) que no lo usa o lo usa ocasionalmente siendo la razón principal para no usarla la negativa del cliente y/o el incremento de la remuneración por sus servicios.”(9)*

A Nivel Internacional:

STOP SIDA, en España, en el año 2008, realizó un estudio titulado: “Vivencia del VIH, la sexualidad y la salud sexual en hombres homo/bisexuales seropositivos”. Con los objetivos de: Comprender el significado de ser un HSH viviendo con el VIH, Describir la vivencia de la sexualidad y el comportamiento sexual de los HSH seropositivos. Comprender cómo los HSH seropositivos perciben y valoran el riesgo y el cuidado sexual. Describir la formación y mantenimiento de redes sexuales y sociales en la vida de los HSH seropositivos. Comprender cómo las influencias interpersonales, contextuales, ambientales y sociales llevan a los HSH seropositivos a prácticas sexuales de riesgo. Identificar problemas o dificultades relacionados a la salud mental y sexual, al soporte social y al tratamiento del VIH de los HSH seropositivos. La población de estudio estuvo conformada por 78 HSH, de los cuales 35 participaron en las entrevistas individuales y 43 en los grupos de discusión en las ciudades de Barcelona, Madrid y Palma de Mallorca.

Las técnicas empleadas fueron entrevistas individuales y grupos de discusión utilizando guías de entrevista semi-estructurada, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“La mayor parte de entrevistados están concienciados sobre la necesidad de cuidarse y protegerse, por lo que suelen usar el preservativo en sus relaciones sexuales ocasionales. Una de las principales motivaciones a usarlo es el miedo a reinfectarse y/o de infectarse de otras ITS. Sin embargo, las parejas seroconcordantes positivas que suelen tener prácticas*

*de PASC (Penetración anal sin condón), muestran cierto escepticismo sobre si la reinfección realmente genera consecuencias negativas para la salud, por lo que descuidan las medidas preventivas. Creemos que campañas de prevención dirigidas a este colectivo deberían hablar claramente sobre la reinfección, las ITS y lo que implica para la salud las prácticas de sexo no protegido.” (10)*

Por lo expuesto anteriormente se puede evidenciar que a nivel nacional existen pocos estudios enfocados a la población de estudio, por lo que se considero importante realizar un estudio toda vez que constituye un grupo altamente vulnerable ante el VIH/SIDA,

## **F.2.- BASE TEÓRICA.**

### **F.2.1. LA HOMOSEXUALIDAD**

Se define a este tipo de orientación sexual como la preferencia erótica (incluyendo fantasías y experiencias) por personas del mismo sexo, con disminución del interés erótico hacia las personas del sexo opuesto. Otras definiciones, dentro de la dificultad de dar una descripción exacta de la homosexualidad, son, por ejemplo, un patrón persistente de sentimiento homosexual acompañado de un patrón persistente ausente o débil de sentimiento heterosexual; una atracción erótica persistente, de tipo adulto, hacia una persona del mismo sexo y que generalmente, aunque no siempre, desemboca en una relación sexual.

La primera descripción de un caso de homosexualidad en la literatura médica se sitúa en 1869. Si bien la homosexualidad ha sido considerada como enfermedad o delito hasta la década de los setenta, ya el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, inició el cambio de mentalidad de la sociedad con su célebre Carta a una madre americana, fechada en 1935, en la que afirmaba que no se trata de un vicio ni de una degradación sino de una variante de la función sexual. De tal manera que, a través del psicoanálisis, Freud no pretendía "curar" al homosexual sino aportarle paz mental, armonía y plena eficiencia, independientemente de los caminos de

su tendencia sexual. Luego vinieron los estudios de Kinsey (1948-1953), apareciendo a la luz pública las primeras estadísticas sobre la incidencia del fenómeno (aunque se exageró un poco al comunicar la cifra del 10 % de homosexuales en la población general, cuando en los estudios actuales parece que se sitúa entre un 1 y un 3 %).

En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría declara que la homosexualidad no es un cuadro psicopatológico. Y a partir de esa fecha empiezan a aparecer publicaciones sobre tendencias homosexuales en adolescentes.

La Real Academia Española define el termino Homosexual ((De *homo-* y *sexual*) como:

- Dicho de una persona: Con tendencia a la homosexualidad.
- Dicho de una relación erótica: Que tiene lugar entre individuos del mismo sexo.
- Perteneciente o relativo a la homosexualidad. (11)

### **F.2.2. Aspectos Teóricos - Conceptuales del VIH/SIDA.**

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) a nivel mundial ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, cosa que lo convierte en una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia. El número total de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha alcanzado su nivel más alto: se estima que 40,3 millones de personas que viven en la actualidad con el VIH y cerca de 5 millones contrajeron el virus en 2005. (12)

La propagación de la pandemia refleja grandes diferencias interregionales, intrarregionales y nacionales, lo cual implica diferentes estrategias de promoción, prevención, servicios de salud y de apoyo para cada situación.

En algunos países, el rápido crecimiento de poblaciones vulnerables como consecuencia de la inestabilidad social, el aumento de la pobreza y otros factores socioeconómicos desencadenan una mayor propagación de la infección, reconociéndose la profunda influencia del entorno social, económico y político sobre la epidemia. (13)

En las Américas, el VIH no tiene solamente un rostro. Como Proteo en la mitología griega, es oportunista en la selección de sus huéspedes. El VIH afecta tanto a una niña como a un trabajador migratorio, un hombre homosexual, una madre o un niño.

En la actualidad existen en las Américas de 3 a 5 millones de personas con VIH, y la propagación de la epidemia esta incrementándose. A pesar del considerable progreso experimentado en la Región, el sida continúa amenazando la estructura social y económica de la sociedad. Los datos indican que el VIH está afectando principalmente a los pobres y los vulnerables, y que la carga está cayendo cada vez más sobre los hombros de las mujeres y los jóvenes. Existe un amplio reconocimiento de que el riesgo del VIH está estrechamente relacionado con la desigualdad de género, la marginación y la pobreza. Los elevados niveles de estigma y de discriminación que se observan en toda la región, y hasta hace poco tiempo, la falta de tratamiento ampliamente disponible han limitado el número de personas que se han sometido a pruebas de VIH, y como resultado, muchas personas que se encuentran en situación de alto riesgo de infección todavía ignoran su situación. (14)

América Latina ha sumado unas 140.000 nuevas infecciones por el VIH y 65.000 muertes por sida en el 2006, según el informe de la ONU. Dos tercios de los 1,7 millones de seropositivos diagnosticados en América Latina viven en los cuatro países más grandes: Argentina, Brasil, Colombia y México. Sin embargo, la prevalencia estimada del VIH es

máxima en los países más pequeños de América Central, apunta el documento. (15)

La transmisión del VIH se produce por factores comunes a la mayoría de países latinoamericanos, destaca el informe: "pobreza y migración generalizadas, información insuficiente fuera de las grandes zonas urbanas y homofobia galopante".

Concretamente la ONU, dice: "el papel de las relaciones sexuales sin protección entre varones tiende a negarse e ignorarse públicamente en las estrategias para afrontar el VIH, sobre todo el América Central y la región andina de Sudamérica". Las relaciones sexuales sin protección entre varones "representan hasta el 25-35% de los casos de sida comunicados en países como Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú", indica el informe, que denuncia la existencia de "estigma y discriminación, incluso por parte de los trabajadores sanitarios".(16)

Desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe a principios de los años ochenta el VIH/SIDA estuvo asociado de manera negativa a las relaciones homosexuales entre varones. Una revisión somera de las primeras noticias consignadas en los medios masivos da testimonio de esta asociación basada en la identificación escandalosa del impacto del VIH/SIDA en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). La epidemia de VIH en este sector de la población fue muy visible y publicitada, lo que oscureció en su momento el crecimiento de la epidemia por relaciones sexuales entre hombres y mujeres, por vía perinatal, sanguínea o intravenosa. El incremento de casos por estas causas en los últimos años ha sido alarmante, pero es igualmente cierto que el VIH no ha dejado de afectar de manera considerable a la población HSH, sean estos homosexuales o no y se identifiquen o no como homosexuales o bisexuales. (17)

En Perú, el VIH "parece afectar principalmente a varones que tienen relaciones sexuales con varones" en media docena de ciudades y la capital. El informe de la ONU señala que, según una encuesta, "47% de varones que tenían relaciones sexuales con varones también las tenían con mujeres". (18)

Como en Brasil la sexualidad en el Perú es bastante fluida y el porcentaje de bisexuales es alrededor del 40% de la población, según estimados realizados por el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), el mismo que, por cierto, fue quien introdujo en el Perú el concepto de que el SIDA debía prevenirse con información. El MHOL abrió además, el primer lugar público (1985) donde se hicieron gratuitamente las pruebas del VIH para la población, servicio que desde 1988 fue transferido a la Universidad de San Marcos, para encargar el servicio a manos de profesionales. (19)

### **F.2.3. LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).**

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este virus afecta especialmente a las células del sistema inmunológico provocando un deterioro progresivo de las defensas que lleva a que la persona afectada sea susceptible a padecer diversas infecciones agregadas y tumores que habitualmente no ocurren cuando el sistema inmunológico se encuentra indemne. La infección por VIH no produce ningún síntoma que la haga aparente en el momento del contagio. Algunas semanas después de ocurrida, y solo en algunas personas, puede producirse un cuadro caracterizado por fiebre, agrandamiento de los ganglios linfáticos, erupción cutánea de características muy similares al síndrome asociado a la mononucleosis infecciosa.

Luego sobreviene un periodo de varios años (cinco, diez, doce o más en los adultos) denominado de portador asintomático, en el que la persona no tiene manifestaciones clínicas, puede no sospechar su infección pero es capaz de transmitirla a través de su sangre y secreciones sexuales. Cuando se produce suficiente debilitamiento del sistema inmunológico comienzan a aparecer infecciones oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, meningitis por criptococos, toxoplasmosis cerebral y otras; tumores como el sarcoma de Kaposi; trastornos neurológicos por ataque directo del virus al sistema nervioso central o un característico síndrome de emaciación. Cuando se presenta alguna de estas eventualidades la persona ha llegado al periodo de infección avanzada y pasara a ser considerado enfermo de SIDA. Los signos y síntomas serán los propios de las infecciones oportunistas que aparezcan y los dependientes de la acción directa del virus. Entre las seis semanas y los seis meses posteriores al momento de la infección casi la totalidad de las personas afectadas desarrollan anticuerpos específicos contra el VIH que pueden ser detectados mediante pruebas serológicas. Las personas infectadas por el virus permanecen infectadas durante toda la vida y la mayor parte, o quizás todos, desarrollaran el SIDA en algún momento ya que aun no se ha encontrado cura para esta infección. No se ha determinado con precisión por que algunas personas permanecen asintomáticas durante un periodo de años considerablemente más largos que otras. Por último se debe señalar que los avances producidos en el tratamiento de las infecciones oportunistas ha conseguido prolongar la sobrevida de los enfermos aunque la tasa de mortalidad sigue siendo muy alta en los primeros años posteriores al diagnóstico de enfermedad. (20)

#### **a) VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.**

Los estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial han mostrado únicamente tres modos de transmisión del VIH:



- **Transmisión Sexual:** Por la relación sexual, de una persona infectada a su pareja sexual, del hombre a la mujer, de la mujer al hombre, de un hombre a otro hombre, o por semen donado. La relación sexual se define como la penetración del pene en la vagina, del pene en el ano y el contacto oro – genital.
- **Transmisión Sanguínea:** Por exposición a la sangre, a los hemoderivados, y a órganos y tejidos trasplantados que estén contaminados. La exposición a la sangre puede ocurrir como resultado de transfusión de sangre no tamizada, por reutilización de jeringas y agujas contaminadas, como ocurre en el caso de los drogadictos y en otras circunstancias.
- **Transmisión Perinatal:** Es decir, de la madre infectada al feto y al lactante.

Cabe destacar que el VIH no se transmite por el contacto con objetos tocados por personas infectadas, como el asiento del inodoro, los vasos y otros utensilios. No se transmite por estrechar la mano, abrazar o besar casualmente a una persona infectada, ni se transmite por medio de mosquitos u otros insectos. (21)

#### **F.2.4. LAS EMOCIONES ANTE EL DIAGNÓSTICO DEL VIH**

Cuando a una persona se le diagnostica como persona viviendo con VIH o con SIDA como tal, las reacciones emocionales pueden ser muy diversas, dependiendo de variables como el nivel sociocultural, la edad, personalidad, nivel de información de que se disponga, fundamentalmente. Pero, también, del modo de transmisión del virus, ya que esta enfermedad conlleva unas implicaciones y connotaciones de culpabilidad, incomprensión y aislamiento social, concretamente cuando se ha hecho pública determinada orientación o preferencia sexual por parte de los personas que viven con el VIH/SIDA (Santelices, 2002).

Normalmente, y asociado al diagnóstico, se produce un fuerte impacto emocional que suele dar lugar a la aparición de síntomas ansiosos y depresivos, no sólo por la enfermedad y la incertidumbre sobre el futuro, sino también por otras cuestiones, como por ejemplo las que tienen que ver con cómo es que se habrá de comunicar la actual situación a otras personas (pareja, hijos y amigos, por ejemplo), el miedo y la incertidumbre de si eventualmente se puede llegar a infectar a los más cercanos, por las expectativas en torno de la situación laboral y profesional, entre otras cosas. (22)

Desde el impacto del diagnóstico inicial de seropositividad no pueden obviarse cuestiones como: las etapas del proceso de adaptación a la situación de salud, el sentimiento de preocupación ante la amenaza de aparición del Sida clínico y el temor al rechazo social por la doble marginación que representa ser homosexual portador de VIH. Por tanto, la repercusión psicológica, vista de manera general, suele rozar la superficie del problema, pero más adentro, la vivencia personal esconde la profundidad del impacto subjetivo del VIH en las personas con estas características. (23)

#### **a) FASES DE AFRONTAMIENTO DEL VIH**

<b>FASE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>SHOCK</b>	Constituye el momento inicial en el cual se da el diagnóstico, existe incertidumbre y desconcierto.
<b>NEGACIÓN</b>	Momento en el cual no se acepta el diagnóstico.
<b>IRA</b>	Experimenta sentimientos de rabia y cólera hacia si mismos o hacia la persona que pudo haberlo infectado.

<b>NEGOCIACIÓN</b>	Se trata de buscar una alternativa que lo ayude a sanar y curarse de esta infección.
<b>DEPRESIÓN</b>	Sentimientos de tristeza y mucho dolor, además de sentirse impotentes ante la infección, no se halla sentido a la vida ni a muchas cosas.
<b>ACEPTACIÓN</b>	Se va adquiriendo tranquilidad y paz consigo mismo, asumiendo su realidad y viviendo de acuerdo a ella.

Estas reacciones son muy particulares y dependen de las características de personalidad de cada uno de nosotros; no necesariamente vamos a presentarlas todas en forma secuencial; ni tampoco tienen que darse todas. Además, es posible que cuando pensemos que ya hemos superado la situación, aceptando el diagnóstico, podamos experimentarlas nuevamente. Esto es totalmente normal y no debemos desanimarnos. Aceptar nuestro diagnóstico, toma su tiempo; pero todo depende de nosotros.

#### **F.2.5. ESTILOS DE VIDA Y LA SALUD**

La idea de que ciertos estilos de vida pueden estar relacionados con la ocurrencia de enfermedad no es nueva. Desde hace algún tiempo, la atención de los investigadores se ha enfocado sobre los factores sociales, psicológicos y conductuales, que están asociados con ciertas dolencias o enfermedades, como el cáncer, SIDA etc.

En cierta forma la interpretación del origen de las enfermedades a partir de los estilos de vida y de los comportamientos cotidianos se encuentra tanto en las sociedades occidentales, como en las sociedades tradicionalistas, desde que en ambas existe un sistema más o menos complejo de

creencias y prácticas de salud. Muchas creencias sobre las causas de enfermedad en una sociedad moderna se relacionan con aspectos de la vida cotidiana, y es frecuente observar el mismo fenómeno en las sociedades tradicionales.

En efecto, la aparición de una enfermedad entre los miembros de una sociedad tradicional puede ser atribuida a la violación de un tabú o de una norma de comportamiento, en un plano sobrenatural de creencias. En una sociedad post industrial la ocurrencia de la enfermedad se asocia o puede ser atribuida a cierto comportamiento señalado como indeseable o que trasgrede ciertas normas religiosas o sociales, aunque el modelo explicativo de la enfermedad sea biomédico (por ejemplo, la homosexualidad y SIDA). (24)

#### **a) ESTILOS DE VIDA**

El concepto de “estilos de vida” se aplica a los aspectos relacionados con el comportamiento individual, especialmente a aquellos patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo (Lalonde, 1974, U.S. Departamento F New York, 1979). (25)

En general, para los autores norteamericanos, los estilos de vida se expresan en comportamientos individuales y se presentan con vinculaciones muy tenues con la sociedad y los sistemas culturales que los contienen. Así, son varios autores los que incluyen bajo la denominación de estilos de vida o maneras de vivir a un serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, tales como el uso de alcohol y otros estimulantes, el ejercicio físico, vida sexual, cuidado de su salud, estado emocional, apariencia personal, interacción familiar, círculo social, actividades recreativas. (26)

**César Lip y Fernando Rocabado** hacen referencia a la definición de la OPS sobre los estilos de vida: “ El termino estilo de vida se utiliza para

designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales. (27)

**Rolando Arellano Cueva**, define los estilos de vida como: “Patrón más o menos consistente de comportamiento que caracteriza al individuo en su forma de ser y expresarse, pero su concepto engloba no sólo elementos psicológicos sino también comportamientos y características externas, los cuales son determinados y a su vez determinan la manera de ser y actuar futura de un individuo.” (28)

#### **b) DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA.**

##### **En la Dimensión Biológica.**

La evolución de la infección puede ser descrito en forma de ciclos (inicial, intermedio y final), en la infección por VIH la estabilización durante mucho tiempo en la fase asintomática (inicial) suele filtrarse en un aparente olvido de la condición de portador de VIH, donde pueden llegar a eliminarse las etapas descritas anteriormente, pero dicha actitud supone un riesgo, porque suprimirá el comportamiento de prevención ante sí mismo y ante los demás, así como el autocuidado general que implica chequeo médico, entre otras medidas.

El VIH ataca y confunde al sistema inmunológico, y los medicamentos pueden ayudar a retardar su propagación. El desafío del uso de estos medicamentos es saber cuándo y en qué cantidad usarlos, cómo combinarlos, y en qué orden se deben utilizar. Usarlos individualmente, no va a funcionar por mucho tiempo. Cuando se usan en una combinación racional, pueden controlar al VIH durante muchos años y prolongar tu vida. (29).

Cuando una persona da resultado positivo en la prueba del VIH, un profesional de la salud le realizará una exploración física, elaborará su historia clínica y le recomendará la realización de varias pruebas de laboratorio para determinar el tratamiento médico más adecuado.

✓ Historia clínica y exploración física

La persona con un resultado positivo en la prueba del VIH debe proporcionar a su médico una historia clínica completa, que abarque sus prácticas sexuales y hábitos tóxicos, y someterse a una exploración física que incluya la evaluación de la boca y los ojos.

✓ Conteo de células CD4

El recuento de células CD4 es una medida de los leucocitos especiales que ayudan al organismo a combatir la infección. La vigilancia del número de células CD4 ayuda a los médicos a valorar el estado de salud del sistema inmunitario. Cuanto menor es el número de células CD4, mayor es la sensibilidad del organismo a las infecciones oportunistas.

✓ Pruebas de detección selectiva

Los individuos infectados por el VIH deben someterse a pruebas que detecten la presencia de otras enfermedades, como la sífilis y la tuberculosis.

✓ Carga viral

La carga viral es la cantidad de VIH que circula en la sangre. Se utiliza para predecir la velocidad de progresión de la enfermedad. Cuanto mayor es la carga viral, mayor es la probabilidad de desarrollar el SIDA.

✓ Asesoría psicológica

Deben valorarse lo antes posible las necesidades en materia de salud mental de la persona infectada con el VIH, recomendando el tratamiento

necesario, como en el caso de una crisis. Tanto el paciente infectado por el VIH como sus seres queridos deben beneficiarse del apoyo psicológico o psiquiátrico.

Para los participantes quienes siguen tratamiento deben evitar el consumo de alcohol y tabaco, dado que no es conveniente tomar alcohol con algunos medicamentos y el tabaco disminuye el apetito y la resistencia pulmonar frente a muchas infecciones.

Los participantes sienten el gran impacto es en el aspecto sexual, lo que trae en primer lugar, la vivencia de ansiedad ante la comunicación del diagnóstico a la pareja, que puede ocasionar infidelidad, sentimientos de culpa y en el peor de los casos ruptura de la relación. Luego, la necesidad de modificar comportamientos sexuales, lo que implica el uso sistemático de preservativos para no infectar a la(s) pareja(s) seronegativa o para protegerse de la reinfección en caso de tener pareja seropositiva. Esta situación requiere de la ejecución de prácticas sexuales con menos riesgo y de responsabilidad ante la sexualidad, lo cual es más difícil de alcanzar en la relación homosexual en comparación con la relación heterosexual.

Un infectado por VIH puede volver a reinfectarse. Las relaciones sexuales no protegidas o cualquier otra conducta de riesgo entre personas seropositivas producen una reinfección, es decir, la infección más de una vez con cualquier germen, esto provoca que se adquieran nuevas cantidades de virus que van infectando nuevas células. Lo que hace que las cepas virales se hagan más agresivas, acelerando el deterioro inmunológico y provocando que el organismo se haga más resistente a los tratamientos antirretrovirales.

La clave para una intimidad sexual satisfactoria consiste en estar bien informados sobre el deseo, el VIH y la transmisión del virus. Reconocer que el sexo no tiene por qué suspenderse después de un diagnóstico de

VIH es una parte importante del proceso de adaptación y afrontamiento de dicho diagnóstico. Esto a menudo lleva un buen tiempo.

Aunque el portador de VIH, es infeccioso para otros y esto hace que se deban tomar medidas específicas, no implica el cese de la actividad sexual y mucho menos el aislamiento de la persona en términos de recibir o dar afecto a través de las caricias y la expresión corporal. Muchos estudios demuestran como el afecto, los abrazos y las caricias permiten que el sistema inmunológico se fortalezca y esto permite que las personas que viven con el virus puedan mejorar su calidad de vida y tener mejores perspectivas sobre la misma. (30).

### **En la Dimensión Psicológica.**

La fase de Negación siempre se da en todos los momentos psicológicos difíciles, es mucho más común en las primeras fases de contacto con la enfermedad, que aunque el participante esté iniciando el tratamiento, siempre le queda resquicios emocionales que le hace distorsionar la realidad y pensar que él no tiene la enfermedad. Las distintas formas de presentarse este mecanismo psicológico es mediante la incredulidad de estar afectado por la enfermedad VIH/SIDA, por lo que no se hacen las pruebas diagnósticas confirmatorias, ni otras pruebas que indiquen otro tipo de afectación, puesto que no quiere saber nada de su situación de salud, realizando el mecanismo psicológico de si no pienso en lo que tengo es como si no lo tuviera ("ojos que no ven corazón que no siente"). Puede que de forma más radical, niegue que él tenga la enfermedad, comparándose con otros que la tienen más avanzada, o porque a él "no le puede pasar esto"; o de forma todavía más activa psíquicamente critique y luche contra todos los sistemas de diagnóstico y busque otras formas de pensar denominadas ideologías alternativas, o busque y encuentre ideologías radicales que dicen que el VIH/SIDA es solo una invención.



Muy pocos participantes llegan a esta fase en su sentido más natural. Dado que implica una aceptación ante la forma de haberse infectado por el VIH, la aceptación ante el diagnóstico, la aceptación ante el tratamiento, de los consejos preventivos de infecciones recurrentes, aceptación ante la relación con sus familiares y amigos, etc. Para haber llegado aquí, el participante demuestra que ha tenido que asimilar las fases anteriores, que con mayor o menor intensidad siempre se le presentan y que seguramente debido a sus características personales y a su forma de actuar y comunicarse con el mundo ha podido integrar la enfermedad como una forma de enfermedad con la que tiene que convivir, aunque le suponga ciertas limitaciones. Es frecuente que las relaciones que establezca busquen la relación personal cercana o de intimidad persona a persona.

El rechazo e incompreensión al que se ven sometidos los participantes facilitan la aparición de conductas de ocultamiento, ya que además de la enfermedad en sí se pueden producir pérdidas importantes para la vida de la persona. En ocasiones este rechazo se ha podido percibir en el personal sanitario que les atiende. Se ha descrito que la existencia de apoyos sociales es un factor relevante en la infección por VIH, la pérdida de estos apoyos puede llegar a convertirse en un cofactor para el desarrollo de la enfermedad (SIDA).

Existen Grupos de Ayuda Mutua (GAM) donde se organizan reuniones de personas afectadas por la misma enfermedad. Son creadas e impulsadas por los mismos afectados y son un recurso movlizado en la comunidad y para la comunidad.

El grupo capacita y enfortece a sus miembros y los hace solidarios por encima de sus problemas de salud, y a la larga, se producen cambios favorables hacia estos problemas de ámbito social.

Además de ser un recurso servicio, los GAM ofrecen intercambios de información, experiencias, soporte entre sus miembros, actividades de ocio, etc

### **En la Dimensión Social.**

El apoyo familiar a las personas viviendo con el VIH /Sida se refleja en muchos niveles, e incluye la ayuda económica, el apoyo en el proceso de revelación, las actividades cotidianas y la asistencia médica o el apoyo psicológico.

El apoyo social es un factor importante para ayudar a los pacientes a adaptarse psicológicamente a vivir con la infección por VIH (Green 1993). Este tipo de apoyo promueve un sentimiento de bienestar emocional (Kalichman 2003). Aunque algunas pacientes con VIH/SIDA tienen sistemas fuertes de apoyo familiar, muchas no lo tienen (Martin 1998). El apoyo familiar es predictivo de menores comportamientos de riesgo entre los hombres homosexuales con pruebas positivas para VIH (Kimberly 1999). En muchos casos, la mayor carga psicológica de los miembros de la familia la estimuló a permanecer más unidos y proporcionó una dimensión amplia del apoyo a la PVVS. El apoyo familiar en este contexto comienza con el proceso de revelación y ayuda a las PVVS a enfrentar el VIH/SIDA. Las familias también proporcionaron asistencia económica, apoyo en las actividades cotidianas, asistencia médica y apoyo psicológico. (Li Li 2006). (31)

Muchos seropositivos, se “niegan al amor” por miedo a no ser aceptados. Aparece como una gran dificultad decirle a alguien a quien quieren que están infectados. Si alguien tiene suerte y encuentra a una persona que no ha salido corriendo, que acepta la enfermedad como si se tratara de cualquier otra, el apoyo de una pareja es esencial. Pero no ocurre esto en todos los casos. No todos se animan a la búsqueda. No todos reciben respuestas favorables.

Cuando la persona encontrada no tiene virus se forma lo que se llama pareja serodiscordante. En realidad, es más alto el porcentaje de seropositivos que se relacionan con otros infectados. Si la pareja no tiene el HIV debe realizarse el análisis cada 3 meses. Si ambos integrantes de la pareja tienen el HIV, igual deben cuidarse, porque volver a infectarse es perjudicial ya que incrementa la posibilidad de enfermarse.

En las relaciones constituidas se puede ver afectado el lazo amoroso. Sobre todo cuando se ha instalado el SIDA, y aparecen graves enfermedades oportunistas por la baja de las defensas. Puede aparecer el anhelo de muerte seguido del sentimiento de culpabilidad. Pero también aparecen el cuidado y la protección mutua, el acompañamiento y el apego, aún en circunstancias tan adversas. (32)

Cuando una persona se siente “diferente” a los demás por el estado serológico que posee, suele delimitar una línea imaginaria entre él y el entorno social. El apoyo social percibido posee una influencia importante en la adaptación a la nueva situación y al equilibrio emocional del individuo. La respuesta del contexto familiar, los amigos y el círculo de relaciones sociales en función del nivel de seguridad emocional que ofrezca la persona con VIH influirá en que sea más o menos traumática dicha adaptación. Este apoyo se traduce en la comprensión y ayuda de las personas significativas afectivamente al individuo.

Cuando una persona es diagnosticada como portadora del VIH, su vida cambia por completo. El solo hecho de tener que comunicar que es seropositiva, provoca una tensión tremenda. La mayoría tiene grandes dificultades en encontrar pareja y vínculos estables. Esto causa aislamiento y soledad que a su vez da por resultado estados psicológicos de depresión y angustia, sin duda los mejores aliados del virus en su función de destruir el sistema inmunológico.

Realizar actividades como lectura, cine, reuniones sociales, establecer comunicación con familiares y amigos, música, televisión, juegos de mesas y hacer ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad causante de la debilidad y fatiga.

#### **F.2.6. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON VIH SEGÚN EL MODELO DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL DE LEININGER.**

El modelo de atención en Enfermería se caracteriza por ser un proceso continuo, personalizado, integral y preventivo, pero también debería ser tolerante a la diversidad sexual, pues el VIH-SIDA no tiene relación con “lo que uno es”, sino con “lo que uno hace” y nosotros como profesionales de Enfermería debemos cambiar la mirada frente a la discriminación y abierta homofobia, ya que esto sólo agudiza las dificultades de integración de estas personas, provocando serios daños en su desarrollo personal y en la convivencia social.

Leininger, en su modelo de la enfermería transcultural no sólo tiene en cuenta el contexto y medio ambiente, sino también la estructura social y cultural, los valores culturales y modos de vida, las expresiones de los cuidados, la concepción del mundo, influencias, formas prácticas y familia, además de factores sociales, factores religiosos y filosóficos, factores tecnológicos, factores políticos y legales, factores económicos y factores racionales; así mismo nos habla del lenguaje y de todos los anteriores como fundamentos del bienestar. La comunicación es eminentemente cultural (Ibarra Mendoza & Siles González, 2006).

Identidad, cultura y sexualidad se relacionan directamente con salud, no sólo con la forma como se percibe la salud, sino también la explicación que de ésta se hace, la emoción que genera y la vivencia que de ella se experimenta. Es por ello que se hace necesario para la enfermera(o) llegar a reconocer que las experiencias, vivencias, explicaciones y emociones

aun cuando se nos hagan extrañas o controversiales por el hecho de ser diversas a la manera particular de ver y vivir el mundo, igualmente son propias de las poblaciones vulnerables antes las que deseamos intervenir.

Los profesionales de enfermería están enfrentados a desarrollar estrategias teórico prácticas para comprender e intervenir problemas de la salud en general y los del cuidado de enfermería en particular cuando la sociedad demanda intervenciones efectivas en los campos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad , el apoyo profesional en los procesos de rehabilitación y de muerte y un cuidado que además de tener la calidad científica técnica además sea humano .Bien sabemos que para lograr esta transformación positiva requerimos construir una visión universal y local de los problemas; cuestionar paradigmas tradicionales en los campos de la salud y enfermería ,formularnos preguntas inteligentes para buscar solución en el terreno de lo sanitario, de la disciplina y de la profesión ; fundamentar la búsqueda de respuesta a problemas complejos , apoyados en evidencias, teniendo presente que la práctica orientada solo por la experiencia conduce al inmovilismo y nos mantiene en el pasado.

### **F.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.**

- **Estilos de Vida:** Conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos del homosexual que vive con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida para mantener una adecuada salud física y mental de orden biológico, psicológico y social.
- **Homosexual:** Condición de portador del virus de una persona cuya sangre ha entrado en contacto con el VIH, por lo tanto se encuentra infectado y puede transmitir esta infección.

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y METODOS.**

#### **A. TIPO, NIVEL Y METODO DE ESTUDIO.**

El presente estudio es del tipo y método descriptivo, por que consiste en describir un evento o hechos buscando especificar las características y/o propiedades del mismo. Se hizo el uso de una técnica cualitativa como es la “Entrevista a Profundidad”, ello debido a la naturaleza del fenómeno a investigar y está encaminado a conocer los estilos de vida del homosexual con VIH.

La investigación proporciona una descripción o explicación del fenómeno estudiado, su esencia, su naturaleza, su comportamiento. Es característica de las ciencias humanas ya que trata los hechos de manera holística para cuya comprensión requiere de la consideración de una amplia variedad de contextos temporales, espaciales, históricos, políticos, económicos, culturales, sociales y personales con la finalidad de generar y perfeccionar categorías conceptuales, descubrir y validar asociaciones entre fenómenos, comparar los constructos y postulados a partir de los fenómenos observados en el escenario elegido.

Este tipo de investigación descriptiva, no se limita a presentar de manera cuantitativa las características de un hecho o fenómeno, sino que por la naturaleza del tema, no es tan importante la cantidad de datos sino la calidad de los mismos, que van a indagar sobre conductas, situaciones, reacciones de los seres humanos que se consideran privados, íntimos, que requieren un manejo alturado y sobre todo ético. Permite al investigador, profundizar y adentrarse en la vida de los sujetos y el objeto de investigación, es

decir, promueve la relación con los sujetos para conocer sus emociones, opiniones, pensamientos y sentimientos relacionados con el tema de investigación y comprender los fenómenos sociales para poder desarrollar acciones de intervención o de transformación de situaciones o fenómenos que han sido identificados.

## **B. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO.**

El GAM (Grupo de ayuda mutua) “Corazones chalacos” es una agrupación de 12 personas viviendo con VIH y Sida (PVVS), el cual tiene como finalidad brindar soporte emocional y autoayuda entre sus miembros, dar consejería de pares (estrategia entre y a través de personas que comparten el mismo estado serológico para generar una corriente de aceptación y mayor identificación entre consejero y consultante), información en formas de prevención y control de ITS/VIH y SIDA. Se reúnen los días sábados desde las 7pm y se encuentra ubicado en la av. Saenz Peña 466 – Callao.

Centro Comunitario GLBT (Gays, Lesbianas, Bisexuales y Trans ) “5to PISO” ubicado en Jr Risso 370 – Lince. El cual tiene como objetivo la educación, formación, información, orientación, difusión, divulgación y protección de los Derechos Humanos.

## **C. ACTORES.**

La población estuvo constituida por 10 homosexuales con VIH captados en los escenarios mencionados. Cada uno de ellos fue entrevistado previamente para hacerles saber el propósito del estudio y el tipo de colaboración que se les solicitaba, obteniéndose su total consentimiento, no sin antes asegurarles que estaba garantizada el anonimato y una total discreción.

- **Criterio de Inclusión.**

Homosexuales con diagnóstico de VIH.

- **Criterio de Exclusión.**

Homosexuales con presunto diagnóstico de VIH.

#### **D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Debido a la naturaleza del estudio se realizaron entrevistas a profundidad con el propósito de describir un evento o hechos buscando especificar las características y/o propiedades del mismo.

Gregorio Rodríguez (1996) menciona que la “entrevista a profundidad se da cuando el entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de el establece una lista de temas, en relación con lo que se focaliza la entrevista, quedando esta a libre discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a establecer determinado factor, etc” (36)

#### **E. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS.**

Previo a la etapa de recolección de datos, se tuvo un contacto inicial con cada uno de los participantes en los talleres organizados por QUINTO PISO y un GAM, para cumplir con el requisito de “predisposición positiva” hacia la entrevista, dándole a conocer el tema de estudio y los objetivos planteados para el mismo. Además fue importante resaltar la relevancia que tiene la realización de este estudio para llegar a conocer y comprender los aspectos sociales que influyen en la construcción de la sexualidad individual de estas personas con estilos de vida y necesidades de salud distintas. Esto



permitió generar un clima de empatía con los participantes favoreciendo su desenvolvimiento y desinhibición en el momento del recojo de datos.

Las entrevistas fueron realizadas, captándose a aquellas personas con el diagnóstico de VIH que acuden a los GAM (Grupo de Ayuda Mutua y espacios comunitarios donde asisten personas homosexuales, los cuales accedieron a participar del estudio.

La realización de las entrevistas a profundidad se desarrollaron tanto en los espacios donde se realizó la captación de los participantes como en algún lugar provisional (casa de algún amigo, parque, restaurante) , procurando se sientan cómodos y tranquilos para su mejor desenvolvimiento.

El número de entrevistados se determinó por el nivel de saturación, es decir, se concluyó con el recojo de datos, cuando las respuestas de los participantes resultaron similares en más de una categoría.

Para la recolección de los datos se contó con el apoyo de hojas, lapicero y un dispositivo de almacenamiento de voz para no obviar ningún detalle, dato o información vertida por cada participante.

El tiempo promedio en las entrevistas a profundidad fue de 60 a 70 minutos.

La guía de entrevista semi estructurada que se utilizó para las entrevistas a profundidad a los homosexuales con VIH (ver ANEXO "A").

## **F. PROCESO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.**

Una vez recolectado los datos, se procedió a la degrabación de las entrevistas de voz en forma ordenada, completa y clara, conforme se fueron desarrollando las entrevistas a profundidad.

Una vez obtenido los textos se sometió a un “análisis exhaustivo”. El primer paso fue revisar toda la información para asegurarse de que esta sea válida y completa. Acto seguido se procedió a retirar aquella información no relacionada directamente con el objeto de estudio, quedando los testimonios que se lograron luego de hacer las repreguntas. Una vez terminada esta etapa se analizaron cada uno de los testimonios y se reagruparon en las tres dimensiones, para luego encontrar las categorías que emergían en un primer plano, ordenando la información, lo que implica establecer relaciones entre los testimonios, hallar los ejes comunes para encaminar el análisis y la discusión de toda la información obtenida.

## **G. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta en este estudio de investigación son realmente importantes cuando se trabaja con poblaciones vulnerables y excluidas como las personas homosexuales con VIH, donde resulta imperativo trascender la producción de conocimiento, permitiendo el establecimiento de una relación ética con los sujetos sociales con los que se interactuó, relación fundamentada en el respeto por la diferencia de saberes, opiniones, visiones, patrones de comportamiento.

Esta investigación se basa en el consentimiento libre, consciente y reflexivo de los participantes con quienes se tuvo los cuidados éticos frente a su anonimato, confidencialidad, registro de

información, su divulgación y las condiciones para la recolección de información.

Para el presente estudio se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- ✓ Consentimiento Informado: Los informantes o participantes en el proceso investigativo fueron consultados para el logro de acuerdos con el investigador sobre la utilización de técnicas de registro no intrusivas como (notas de campo) e intrusivas (dispositivo de almacenamiento de voz), igualmente respetando sus derechos, se les dio a conocer la información que va a ser registrada, con que propósitos y si va a ser compartida con otros investigadores y a que publico va a llegar.
- ✓ Confidencialidad y Anonimato: Con el fin de salvaguardar el derecho de los participantes, fue necesario utilizar pseudónimos (Testimonio.Participante: T.P) dentro del proceso del registro de la información, “limpiar” la información de aquellos datos (nombres, lugares, fechas) que permitan la identificación del participante o de personas a la que él se refiere.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **A. DATOS GENERALES.**

El recojo de datos a través de entrevistas a profundidad a 10 personas de Lima metropolitana, La mayor parte de los entrevistados de este estudio tiene una edad superior a los 20 años e inferior a los 30, con un tiempo de diagnóstico promedio de 10 años. En esta etapa podemos iniciar ya con el análisis cualitativo propiamente dicho considerando contextos y características propias de los participantes.

En todo momento de la recolección de datos se utilizó el criterio de la objetividad pretendiendo reflejar conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos que tienen los homosexuales con VIH teniendo en cuenta sus dimensiones biológica, psicológica y social con sus respectivas categorías que emergen de ellas. El procesamiento de la información se inició con la transcripción completa de la grabación de las entrevistas en un dispositivo de almacenamiento de voz en forma ordenada y espaciada, separando el texto en unidades de análisis que responden a los objetivos específicos planteados.

En este capítulo se presenta el resultado del análisis cualitativo teniendo en cuenta como categorías iniciales a tres aspectos fundamentales de los estilos de vida:

#### **1. Dimensión Biológica.**

- ✓ Mi Salud es mi bienestar.
- ✓ Sexo con responsabilidad.

#### **2. Dimensión Psicológica.**

- ✓ Mi tranquilidad es no pensar.

- ✓ Lo importante es el hoy y el ahora.
- ✓ Temor a la Incomprensión.
- ✓ Buscar compañía con otros como yo.

### 3. Dimensión Social.

- ✓ La familia es una preocupación.
- ✓ Una pareja estable es difícil.
- ✓ Ahora soy diferente con los demás.

## B. DATOS ESPECIFICOS.

### 1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA.

Luego de procesar los testimonios de los participantes entrevistados se aislaron dentro de la dimensión biológica, las siguientes categorías: *“Mi salud es mi bienestar”,* y *“Sexo con responsabilidad”*.

#### ✓ **Mi salud es mi bienestar.**

Esta categoría emerge por los distintos testimonios que hicieron alusión al tratamiento farmacológico, muy importante e imprescindible para unos y muy incómodo y perjudicial para otros.

El abandono del tratamiento de forma permanente fue una decisión adoptada en mayor medida por algunos entrevistados, porque no toleraban los efectos secundarios que experimentaban con los medicamentos. Así lo expresan los siguientes testimonios:

***T.P1: “La única solución que te dan es tomar los retrovirales o la muerte, empecé a tomarlos y la primera semana me sentí bastante mal, estuve muy mareado, con muchas náuseas, y malestar general, sabía que estos efectos eran normales mientras mi cuerpo se acostumbraba, llevaba ya 6 meses***

**tomándolos y tuve que soportar toda esa serie de síntomas que afectaron mucho mi calidad de vida, ya ni siquiera podía hacer un esfuerzo por qué me cansaba mucho, me daba taquicardia, mareo, migraña, me sentía muy enfermo, un día me canse y deje el tratamiento, fui a médicos naturistas, bioenergéticos, y pues me dieron muchas recomendaciones en cuanto a cambiar mi estilo de vida, en comer sanamente, no tener estrés y llevar una vida sana, he seguido las sugerencias y hasta ahora me siento muy bien”, mi salud esta de maravilla, me siento mejor que nunca y desde entonces ya llevo 10 meses sin tomar retro y cada vez estoy mejor.”**

**T.P2:”A casi dos meses de haber dejado las famosos “cocteles venenosos”. Me siento mejor que nunca. Ayer me hice mis exámenes y sentí una alegría grande al ver mis valores tan bien. La hemoglobina que siempre la tenía entre 10 y 11. Me subió a 14.6. y el colesterol malo me bajo a 200, mis CD4 en 798. Apenas tengo poco tiempo de haber dejado los venenos. Pero Siento que volví a ser aquel chico alegre y optimista de antes. Desde el primer momento que deje los cocteles mi vida cambio por completo, siento que quite de encima de mi cabeza una piedra gigante, mi actitud ante la vida es otra.”**

Uno de los participantes tiene una perspectiva distinta y considera para sí mismo un tratamiento no convencional como la mejor alternativa para su salud física y emocional, mientras que el otro participante considera sentirse mejor física como emocionalmente tras haber dejado el Coctel de medicamentos, lo cual corresponde al derecho que tiene toda persona de tomar la posición que mejor los haga sentir.

✓ **Sexo con responsabilidad.**

Es posible tener una vida sexual plena aún bajo esta condición serológica siempre que se tenga conciencia de la reinfección como consecuencia de una práctica sexual no segura, por lo que el uso del preservativo es la única barrera de protección. Así lo manifiesta el siguiente testimonio:

***T.P1: “Una persona que tiene el VIH tiene que ser más responsable con esto de tener relaciones y pues pensar en cuidar a los demás de no infectarlos de este virus para eso es que las relaciones tienen que darse con preservativo.”***

El uso del preservativo sigue siendo una actitud responsable, no solo por ser portador del VIH, sino por ser la única forma de protegerse a sí mismo y a la persona con la que el participante llegue a intimar.

El uso del condón es algo que esta intrínseco en la vida sexual de una pareja estable, sobre todo, si es con una pareja serodiscordante. Para ellos, es una muestra de responsabilidad y amor hacia su pareja y hacia sí mismo, como lo refleja el siguiente testimonio:

***T.P2: “Mi pareja y gran soporte sigue a mi lado. Me ha ayudado a seguir disfrutando del sexo, algo a lo que llegué a pensar que renunciaría porque no me lo merecía, imponiéndome así mi propio castigo. Por supuesto, tomamos precauciones. Como seropositivo, considero que he de ser responsable sexualmente; conmigo mismo, y por supuesto con los demás, pero esto no quiere decir que no pueda sentir el placer de hacer el amor con la persona que amo.”***

La mejor forma de demostrar amor para con uno mismo y para la persona que uno ama es cuidándose mutuamente, por ello el papel

del preservativo en la vida sexual de una pareja es una forma de asegurar la plenitud en la intimidad.

Un entrevistado siente que el conocer su estado serológico interfiere de manera notoria en su vida sexual y personal por el constante temor que siente al poder infectar a la otra persona. Así lo refleja el siguiente testimonio:

***T.P3: “Hace un tiempo conocí a alguien que me cambió la vida desde que lo vi por primera vez, eso nunca me había sucedido, estuve seguro que era el amor de mi vida, fue como un amor platónico pero muy intenso pero cuando empezó a llegar el momento de tener intimidad, tuve muchísimo miedo de hacerle daño por lo que decidí terminar con él.”***

La sinceridad y la honestidad son valores que deben darse en toda relación de afecto. El construir una relación afectiva sobre bases falsas no contribuye a consolidar una relación estable, sólida y duradera. Finalmente lo que todos desean es alcanzar la plenitud en una vida de pareja, por lo que el participante necesita comprender que la comunicación abierta es vital para el éxito de sus relaciones interpersonales.

El uso de alcohol y sustancias alucinógenas, también fue mencionado por los entrevistados y está relacionado con “no querer darse cuenta” o “dejarse llevar por la situación”. Sabemos que estas sustancias llegan a producir una alteración en la percepción de la realidad, trayendo como consecuencia la pérdida del control y de la conciencia preventiva, conllevando a la práctica del sexo no protegido. Así lo manifiestan los siguientes testimonios:

***T.P4: “Soy VIH positivo desde hace 3 años y la verdad he seguido teniendo relaciones sexuales sin protección por la calentura del momento y la borrachera, casi todas las veces han sido con***



*diferentes personas, lo malo de todo es que como solo eran encuentros casuales no le he dicho a ninguna de las personas con las que he estado y me imagino que ya se lo contagiaron a sus parejas o amantes o no sé.”*

*T.P5:” Un par de veces me he despertado en un hotel con otro tipo y me sentía mal obviamente, pero estaba tan borracho que ya no me acuerdo cómo he ido con el tipo al hotel y preocupadísimo con el tema del VIH, y esta el trago, está el cigarro, las cosas de una discoteca, te obnubilas, tú te olvidas, normalmente si voy a tener sexo con una persona que no conozco me cuido.”*

*T.P6:” Han habido veces en que he estado borracho y no me protegí, sé de los riesgos, pero se me pasó y no es la primera vez que me ocurre.”*

Los participantes no han tomado conciencia de su enfermedad, evidenciándose en sus hábitos de vida no saludables, los cuales predisponen a adquirir una infección y reinfección no solo a las personas con quienes se relacionan, sino a sí mismos.

## **2. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA**

Una vez procesados los testimonios de los participantes entrevistados, se aislaron dentro de la dimensión psicológica, las siguientes categorías: *”Mi tranquilidad es no pensar”, ”Lo importante es el hoy y el ahora”, ”Temor a la incompreensión” y ”Buscar compañía con otros como yo”.*

### **✓ Mi tranquilidad es no pensar.**

Esta categoría surge como una clara alusión a una de las fases de Afrontamiento del VIH: La Negación, donde algunos entrevistados no han podido asimilar la noticia de su diagnóstico, razón por la cual prefieren negarlo y por ende se ven impedidos de tomar

conciencia de la importancia del tratamiento. Así lo dejan notar en sus testimonios:

***T.P1: “Hace más o menos 10 meses que me hice la prueba y salió positiva, no sabía qué hacer, hasta ahora no lo sé, sólo te diré que tal vez por rebeldía no quiero tomar medicinas porque sé que afectan al hígado y aparte no quiero aceptar mi enfermedad, creo que en mi mente trato de creer que no es cierto y que estoy bien, me da mucho miedo que pasará, no me quiero morir de esto.”***

***T.P2: “Hace 7 meses que me hice el examen de Elisa arrojando positivo y confirmado luego por un examen de fluorescencia o algo así. Ya ha pasado el tiempo y lamentablemente aún no sé el estado de mi enfermedad por los trámites de salud, papeleos, etc. Sin embargo hoy me siento muy bien, si bien es cierto con algunos problemitas, pero de los que siento que ya estoy saliendo y volviendo a la normalidad. No estoy en tratamiento alguno, sin embargo y aunque estoy muchísimo mejor de ánimo a veces me da la sensación que me estoy bloqueando y queriendo olvidar lo que me han diagnosticado, no sé si será el mejor camino.”***

***T.P3: “Hace un año me hice la prueba y salí positivo. El doctor me dijo que fuera arreglando mis cosas porque tarde o temprano me iba a morir. Ahorita estoy muy bien. Gracias a Dios conocí la verdad y hace seis meses que dejé de tomar los antirretrovirales. No le he dicho nada a mi médico. Voy a consulta cada mes y siempre me dice que me ve muy bien, que siga con el tratamiento. Le estoy guardando todos los medicamentos, los tengo en una bolsa para llevárselos todos y decirle en su cara que no estoy tomando nada y estoy perfectamente”.***

Estos testimonios revelan que si no se logra asumir la condición serológica adquirida como primer paso, entonces será difícil que los

participantes logren adherirse al tratamiento que se adecue mejor a su organismo para conseguir una mejor calidad de vida.

Un tratamiento interrumpido puede generar resistencia en el organismo del participante que al adoptar esta decisión, inválida los efectos de los medicamentos y su posterior reinserción al tratamiento implicara un esfuerzo del participante por adaptarse al nuevo esquema y los efectos colaterales que estos tienen.

✓ **Lo importante es el hoy y el ahora.**

Aceptar el diagnóstico, permite al portador enfocarse en el presente. Por ello en general, tener una buena salud física, con carga viral indetectable y defensas altas, es un factor que facilita adoptar una actitud más positiva hacia el tratamiento, así lo evidencian los siguientes testimonios:

***T.P1: "Trato de vivir el hoy y el ahora, así es que no pensare en lo que pasara el día de mañana, viviré el día de hoy cuidándome y tomando medicamentos para tener una carga viral indetectable y estar bien con mis defensas, eso me dará una esperanza hasta que haya una posible cura o tal vez no la haya, pero en el camino aprenderé, estoy dispuesto a aprender a vivir en mi condición, estoy arrepentido de no haber cuidado mi vida en cada momento pero ahora quiero hacerlo y no es tarde para comenzar por que tengo vida y también tengo VIH."***

***T.P2:"Hace seis meses supe que tengo VIH en mi sangre, fue la semana más dura de mi vida, recuerdo que una enfermera me dijo: "no llores" y yo le dije: "llorare todo lo que pueda este día para no volver a llorar más por esto", fue duro pero pase por ello. En mi mente pensaba q solo tenía tal vez 5 o 10 años más de vida y luego aprendí que habían personas con 10, 15 y más de 20 años con tratamiento que yo no sabía que existían y me dije: "si ellos han vivido tanto porque yo no, ahora vivo mi vida mejor que antes ya***

***que sé que debo cuidarme, hay muy buenos tratamientos y si sabemos que podemos salir adelante porque no hacerlo.”***

Tener una actitud positiva a la vida y mantener un buen estado de salud, son importantes para iniciar un tratamiento que mejore la calidad de vida de la persona.

✓ **Temor a la incomprensión.**

El rechazo y la incomprensión son temores muy comunes entre los participantes. Uno de los entrevistados refiere haber encontrado el soporte emocional que necesitaba en su pareja y en una amiga muy cercana, considerando innecesario revelar su estado serológico a más personas, incluyendo su familia. Así lo evidencia en su testimonio:

***T.P1: “Me sentí aterrado, amenazado, creí que de repente perdía todo el control de mi vida, mis proyectos, mis sueños, mis ilusiones, nada de lo que había pensado se haría realidad. Incluso pensé que mi pareja, con la que llevaba casi un año por ese entonces, podría abandonarme al enterarse de la noticia. Sin embargo, no fue así, todo lo contrario, desde el comienzo de todo esto he contado con su apoyo, no me ha dejado sólo ni por un momento y ha sido mi gran columna en la que me he sostenido, y sigo sosteniéndome fuerte y positivo. ....Sólo él y una amiga muy íntima saben el problema.”***

El apoyo emocional hallado se centra en personas ajenas al entorno familiar, considerando a la pareja o amistades como primera opción a quien recurrir para recibir el apoyo que necesita.

Uno de los entrevistados cuenta con el apoyo de sus padres, pero este resulta insuficiente cuando encuentra difícil reforzar ese apoyo en una pareja estable, tal como lo evidencia el siguiente testimonio:

***T.P2: “Tengo 22 y hace 3 años fui diagnosticado con VIH, fue algo muy difícil de afrontar y aceptar, creí que el mundo se me venía encima, pero poco a poco lo he tolerado mejor, tengo el apoyo de mis padres, pero aun así me siento muy sólo, pues he intentado tener una pareja estable que acepte mi condición, pero muchas veces salen huyendo y termino sólo como estoy actualmente, mi vida se ha vuelto difícil en cuanto debo cuidarme más de ciertas cosas.”***

La sensación de soledad es un sentimiento muy frecuente en las personas homosexuales que consideran importante y necesario tener una pareja, la falta de este soporte repercute enormemente en el estado emocional y por ende en el estado de salud del participante.

Otros dos entrevistados encuentran difícil buscar ayuda y entablar relaciones interpersonales, por el miedo que sienten hacia la incompreensión y el rechazo por ser portador, como se refleja en los testimonios:

***T.P3: “La verdad para mí aún me resulta difícil manejar el tema de pareja hace poco conocí a alguien que me llegó a gustar y he dejado de verlo porque no sé cómo decirle o mantener algo con él sin decirle de mi condición de infectado por el VIH.”***

***T.P4: “También es verdad que no he buscado ayuda porque me siento colapsado, se manejar la situación para los demás pero no la mía propia.”***

El constante temor al rechazo e incompreensión y no saber manejar esta crisis situacional, terminan por convertirse en las peores barreras autoimpuestas por los entrevistados.

Uno de los entrevistados opta por contárselo a su familia, sin embargo esta decisión para no ser suficiente para ver la vida con

mayor optimismo, abandonándose a sí mismo, tal como lo revela el siguiente testimonio:

***T.P5: "Desde el día que me dieron el diagnóstico no dejo de pensar en ello, fue muy duro para mí y lo sigue siendo pienso que a mis 21 años de vida ya nada va a ser igual no quería contarle a mis padres, pero tuve que hacerlo ya que me sentía muy solo, la verdad hay días en que me levanto con fuerza para seguir como otros días que no me quiero levantar de mi cama y quedarme siempre profundo en mis sueños y no enfrentarme a la realidad."***

Hay quienes toman esta noticia como una sentencia de muerte y se sienten prácticamente muertos en vida.

Otro de los entrevistados experimenta frustración por no poder revelarle a su familia su condición de portador debido los prejuicios que ellos tienen acerca de la homosexualidad y su relación directa con el VIH. Así lo deja notar su testimonio:

***T.P6: "Sé que necesito ayuda pero no sé cómo buscarla, no confío en nadie, tal vez porque hasta mi familia me juzga, soy de los típicos que tiene una familia que después que supo que eres gay, ya lo único que esperan es el día que les digas que tienes VIH, soy de los típicos que tiene una familia que no te va a echar, pero te va a mirar todos los días con ojos que juzgan y matan en vida. No sé para que vivir si sé que lo que me espera me va a matar más rápido que la enfermedad."***

Los prejuicios que se hacen en torno a la homosexualidad y su relación con el VIH, son una barrera entre él y su familia, por lo que prefiere ocultar lo que le sucede, estando predispuesto a generar sentimientos depresivos e ideas suicidas.

Otras personas optan por guardarse las cosas que sienten y no revelarlo a nadie, incluyendo a su propia familia para evitar el sufrimiento de ellos. Así lo muestran los siguientes testimonios:

***T.P7: “Cuando me entere de que era seropositivo me llene de muchos sentimientos, que provocaban en mí tensión, preocupación, miedo a que cosas me pasarían más adelante, miedo a no saber si podre seguir viviendo, miedo a que mi familia se diera cuenta y provocara sufrimiento en ellos. Recuerdo que al salir a la calle en esos primeros tiempos de saber que era seropositivo me sentía diferente al resto, me sentía mal, me sentía triste al ver a todo el mundo andando sin preocupaciones, haciendo compras o comiendo alguna cosa en los centros comerciales o andando felices llenos de vida y yo en medio de todos ellos con una enfermedad que sentía que estaba avanzando cada segundo dentro de mí y que iba a conseguir apoderarse de mí y hacerme desaparecer en lo físico y que al mismo tiempo mi espíritu estaba siendo vencido por todo lo que sentía”***

**T.P8:” Lo que más me preocupa en realidad es que decaiga mucho o baje de peso o algo que se me note y que mis padres puedan pensar mal ya que ellos no lo saben y no lo sabrán porque así prefiero las cosas.”**

***T.P9:”Desde que me dieron el diagnóstico, no sé cómo hacer ni por dónde empezar, no sé cómo enfrentar un resultado positivo, y además me siento solo, vivo fuera de casa y decidido no contárselo a nadie por ahora y prefiero recluirme estos meses en mi cuarto.”***

Los participantes optan por callar y ocultar su estado serológico a sus familiares por el daño emocional que les ocasionaría, por lo que su soporte emocional dentro del entorno familiar no es considerado en primera instancia.

Solo uno de los entrevistados asume con madurez su estado serológico y no permite que su autoestima se va afectada por ello, tal como lo evidencia el siguiente testimonio:

***TP10: “Sin embargo, hoy, un día del mes de julio de 2011, las cosas son diferentes: He madurado con el diagnóstico por que cambió mi vida, amo a mi ser en su totalidad y amo más a mi familia por su inmenso apoyo en esta travesía.”***

La familia viene a ser el mejor soporte emocional en situaciones tan difíciles como el VIH y su impacto en la persona.

✓ **Buscar compañía con otros como yo**

La necesidad de conocer personas con la misma condición serológica motiva a algunos participantes la búsqueda de apoyo emocional en Grupos de Ayuda Mutua. Así lo muestra el siguiente testimonio:

***T.P1: “A mí lo que me ayudó mucho fue empezar a asistir a un grupo de ayuda mutua, porque ahí podía encontrar personas que estaban en la misma situación que yo, vivían con lo mismo muchos años, conocí a una persona que hace 20 años que vivía con esto, que era consciente de su estado y que había pasado por todas las etapas, conocer más de cerca otras historias de gente como yo me ha ayudado a controlar mejor mi ansiedad y sensación de soledad al sentirme solo en esto.”***

Los Grupos de Ayuda Mutua conformado por personas que comparten el mismo estado serológico es un importante soporte emocional porque el participante no se siente solo en su condición de portador.



Otro de los entrevistados, ha logrado sobrellevar el diagnóstico gracias al apoyo de su familia y al compartir su experiencia ante otras personas como una forma de sensibilización de este delicado tema, tal como lo evidencia el siguiente testimonio:

***T.P2:” Soy seropositivo. Lo sé desde hace 10 años. A pesar del apoyo psicológico que me dieron antes del examen, al recibir la noticia fue como si se abriera la tierra a mis pies. Vivía solo, no quería contarles a mis amigos. Después, no sabía a quién decirle, ni con quién compartir mi soledad y mi pánico, llamé a mi madre y junto a ella hablé con el resto de mi familia. Me seguían queriendo, pero sentí que se alejaban físicamente de mí, por miedo, sin duda. Solo mi madre se atrevió a vencer su miedo y abrazarme. Después de varios años de comprobar que sigo vivo, normal, han perdido el temor. Ahora no tengo reparos en informar que soy seropositivo. Lo saben todos en el barrio. Hago trabajo político en PROSA, utilizo mi experiencia como educador para dar cursos de sensibilización a trabajadores de hospitales y clínicas, para ayudarlos a vencer el fantasma del miedo al SIDA y a aprender a tratar a los afectados. Quiero ayudar a vencer la angustia de las personas que vienen en busca de ayuda.”***

Este testimonio revela una forma asertiva de asumir las cosas, el tener VIH no implica dejar de lado los sueños y la familia resulta ser uno de los mejores soportes para sobrellevar este diagnóstico.

La ayuda o soporte emocional empieza por uno mismo, es importante retroceder al reconocer sus errores, para tomar impulso y seguir adelante adhiriéndose a un tratamiento, tal como se evidencia en el siguiente testimonio:

***T.P3: "Esto me lo transmitieron hace 10 meses, creo que fue culpa mía, en una de esas noches de borrachera y me metí con un chico y creo que no se puso el condón , aunque no estoy seguro, pero un día fui a donar sangre y me llamaron para decirme que había un problema y me dijeron que tenía VIH, al principio se me vino el mundo encima y quería que la tierra me tragase, pero me dije o me quedo tirado en el piso o me levanto y sigo adelante. Decidí seguir para adelante, mi familia me apoyo desde el primer momento, un par de amigos también pero otros se fueron alejando poco a poco si decir nada, mi vida sigue casi igual con algunos achaques pero de momento no me va mal y con el tratamiento bastante mejor".***

Mantener una adecuada salud física es tan importante como la salud una adecuada salud emocional y social, lo cual se afianza en la familia y sociedad libre de prejuicios hacia esta enfermedad.

Sentirse traicionado por un supuesto "amigo" quien no supo guardar la discreción, afecta de forma significativa la confianza del participante, tal como se manifiesta en el siguiente testimonio:

***T.P4: "Confié en una persona que consideraba mi amigo, pero por una tontería peleamos y ya no nos hablamos y se ha puesto a divulgar lo que le conté a las personas que conocemos en común, me dolió mucho porque son cosas que no se pueden decir, por ello ahora soy más cuidadoso con esto, si le cuento a alguien prefiero que sea alguien que no sea de mi círculo social como a ti por ejemplo."***

Malas experiencias como estas, debilitan la confianza y el soporte emocional que podría encontrar en las verdaderas amistades.

Sin embargo, no todos los participantes aceptan su estado serológico y optan por alejarse de los demás, tal como lo expresa el siguiente testimonio:

***T.P5: "Desde que supe que tengo el VIH, no tengo ganas de hacer nada, todavía no lo puedo creer, me siento raro, no quiero que nadie se me acerque, me siento como algo que está en descomposición dentro de mí. Me encantarían que nunca me hubiesen confirmado los resultados porque desde que me entere me siento mal, no sé si es algo psicológico porque me entere que soy VIH positivo o que realmente estoy fregado."***

No enfrentar los problemas y negarlos como si no existiesen, puede resultar perjudicial la salud física y emocional del participante, viéndose expuesto a la depresión e ideas suicidas.

### **3. DIMENSIÓN SOCIAL.**

Procesados los testimonios de los participantes entrevistados, se aislaron dentro de la dimensión social, las siguientes categorías: *"La familia es una preocupación."*, *"Una pareja estable es difícil."* y *"Ahora soy diferente con los demás."*

#### **✓ La familia es una preocupación.**

Por lo general, la familia resulta una preocupación para los entrevistados porque sienten que ellos no están preparados para recibir una noticia de este tipo. Así lo manifiestan los siguientes testimonios:

***T.P1: "Sé que será una noticia muy dura para ellos sobre todo para mi mamá. Ambos han sufrido ya mucho para que ahora por mi culpa sufran más y yo no podría resistirlo y no podría luchar y hacerle frente a esto todo los días como le estoy haciendo ahora y sé que esto es algo que lo puedo manejar sin que lo sepan".***

***T.P2: “Cada vez que pienso en ello creo que fue un error contarle a mis padres ya que los veo muy tristes y todo por mi culpa, ellos no conocen la gravedad del asunto y prefiero dejarlo así.”***

El temor de que la dinámica familiar se vea alterada por la revelación del estado serológico, conlleva a algunos participantes a ocultar su condición de salud.

Para un entrevistado, revelar su estado serológico implica tener que lidiar no solo con su homosexualidad asumida y no aceptada por sus padres, sino con el prejuicio que relaciona esta enfermedad con su conducta sexual confesa. Así lo expresa el siguiente testimonio:

***T.P3: “Mis padres no lo saben, y no lo sabrán de mi boca. Tengo razones por las cuales prefiero guardar silencio y no es por falta de comunicación o por que lleve una mala relación con ellos. He de confesar que desde que salí del closet y asumí mi homosexualidad esa relación que tenía con ellos cambio un poco o mucho, no lo sé.”***

Las relaciones familiares se han visto alteradas desde la revelación de la homosexualidad del participante, por lo que anunciar su estado serológico harían más distantes las relaciones entre ellos.

✓ **Una pareja estable es difícil.**

La mayoría de los entrevistados no tienen una relación estable, porque les resulta difícil encontrar una persona que los acepte con su estado serológico, lo cual los lleva a experimentar sentimientos de culpabilidad, tal como se evidencian en los siguientes testimonios:

***T.P1: “Como toda persona busco conocer gente como yo, para poder entablar una relación estable, desde que me diagnosticaron la enfermedad, ha sido***

***un problema entablar una relación sería con alguien que no me tenga miedo, realmente a veces hace falta tener alguien con quien compartir momentos especiales y que me pueda entender sin juzgarme por lo que tengo.”***

***T.P2: “Mi problema radica en no poder iniciar una relación ya que he llegado a un punto en que no me atrevo a confesar mi condición y solo desaparezco sufriendo demasiado y haciendo sufrir a la otra persona que se llega a enamorar de mí, hace un mes conocí a un chico especial, me gusta tanto que esta vez estoy realmente pensando en confesarle lo que me pasa , aunque siento como si fuese a tirarme a una piscina con los ojos vendados sin saber si en esta habrá agua o no, lo peor para mí no es la enfermedad, sino dejar de lado mis sueños de amar a alguien y poder compartirlo todo.”***

La necesidad de afecto de los participantes y los sentimientos de culpabilidad por su diagnóstico, imposibilitan que ellos logren iniciar una relación sentimental, llevándolos a marcar distancia cuando una persona empieza a interesarles.

Solo uno de los entrevistados, cuenta con una relación estable, sin embargo el temor de infectarlo al llevar una vida sexual activa lo hace pensar en terminar su relación por el bien de la otra persona. Así lo demuestra el siguiente testimonio:

***T.P3: “No soy capaz de contarle nada de esto a la persona que amo, aunque él me quisiera de todos modos, si estoy enfermo no podría con la angustia de llegar a infectarlo en algún momento.”***

El temor a infectar a la persona amada sigue siendo un factor que bloquea al participante a llevar una vida plena de pareja, siendo la falta de sinceridad y honestidad valores que se pierden por el miedo al rechazo o abandono.

✓ **Ahora soy diferente con los demás.**

Un entrevistado considera el aislamiento y abandono de sus actividades sociales como una opción para evadir su condición serológica y la implicancia de esta en sus relaciones interpersonales. Así lo manifiesta el siguiente testimonio:

**T.P1: “Mi rutina es del trabajo a mi casa y de mi casa al trabajo, no salgo con la frecuencia de antes y si lo hago no disfruto de nada, y hasta he dejado de estudiar y de hacer mi rutina de gimnasio habitual. He perdido mucho peso, me siento muy distinto, y terriblemente triste.”**

El temor al rechazo hace que el participante no se concentre en lo que hace y deje de lado actividades cotidianas que solía disfrutar antes, pero que ahora no tienen sentido.

Las relaciones interpersonales se ven afectadas cuando la persona vive esta experiencia de un modo más personal independientemente de la formación profesional que tenga para tratar este problema cuando se trata de otras personas, tal como lo evidencia el siguiente testimonio:

***T.P2:” En el 2006 conocí a un chico que enseguida me dijo que era portador, decidimos seguir adelante porque algo bonito estaba surgiendo, no tardé en infectarme, una semana de fiebres altas fueron el preludio de unos años de oscuridad. Soy enfermero y siempre trabajé por la salud de los demás, supongo que simplemente pensé que no me podía ocurrir a mí. Ahora, me siento bloqueado frente a las relaciones personales y laborales, conocer a alguien o que me atiendan en el hospital en el que trabajo me da miedo. Sé que es un error no relacionarme con otras personas en la misma situación, porque los grupos de ayuda dan buen resultado. Opto por que algo o***

***alguien consiga que me desbloquee, y eso el tiempo lo traerá.”***

El temor viene a ser el principal obstáculo que presenta esta persona para aceptar su estado serológico y por ende aprender a vivir con ello, siendo evidente que el apoyo emocional es muy importante en este tipo de situaciones.

Un entrevistado indica que algunas personas de su círculo social lo hacen sentir compadecido por el diagnóstico que tienen. Así lo refleja el siguiente testimonio:

***T.P3: “Dentro de mí círculo de amistades pocos lo saben, la reacción en cada uno fue distinta, hubo lágrimas, regañones, indiferencia, confesiones. No los culpo, honestamente, esperaba un poco más de comprensión. Y no que me dijeran: Pobrecito de ti, ha de ser difícil. Nunca me ha gustado sentir lástima o pena por nada ni nadie y mucho menos por mí.”***

Recibir una noticia del estado serológico implica todo un proceso no solo para la persona implicada sino para las personas más cercanas del participante, razón por la cual se debe tener la paciencia necesaria para una mejor recepción.

Además de las experiencias negativas dentro de las relaciones personales y sociales, también existe un gran temor de verse afectado en el ámbito laboral por su estado serológico. Así se manifiesta en el siguiente testimonio:

***T.P4: “Al menos sé que mi jefe me apoya, pero eso cambia todo en mi trabajo cada vez que llegue un jefe nuevo va a saber de mí, que en su área tiene un trabajador con VIH y tener que darle explicaciones.”***

***T.P5: “Sólo a veces me ayuda el deporte, pero incluso a veces, mientras hago abdominales, pienso en el gran vacío que siento. Ya no quiero salir tampoco,***

***porque se me acercan los chicos pero, qué más da si nunca voy a tener nada con ninguno...”.***

El temor a la exclusión en el ámbito laboral, hace que el participante no se desenvuelva en sus actividades laborales y el no aceptar su condición serológica es la principal limitante durante este proceso.



## **CAPITULO IV**

### **CONSIDERACIONES FINALES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONSIDERACIONES FINALES**

Los resultados de la investigación han sido presentados en el capítulo anterior en función a determinadas categorías iniciales para una mejor comprensión del fenómeno de estudio. Sin embargo para dar cumplimiento a los objetivos planteados uniremos los componentes que conforman las categorías mencionadas para identificar los estilos de vida como un todo, compuesto de sus partes.

1. En la Dimensión Biológica han emergido categorías que demuestran que para los participantes lo más importante es “sentirse bien” y si eso lo consiguen sin los fármacos prescritos, pues lo prefieren así. En cuanto al aspecto sexual, tan crucial para todo ser humano, se ha encontrado participantes cuya responsabilidad esta primero que todo y actuar con prudencia y tomando todas las medidas de seguridad es su nueva actitud; frente a otros de los participantes que al parecer no han reflexionado sobre su vida desordenada y riesgosa al continuar con una vida sexual poco segura, constituyéndose en un peligro de salud pública. No obstante, cada participante tiene el derecho de tomar una posición, esta decisión debe ir acompañada necesariamente de un cambio de hábitos de vida que van desde evitar el consumo de sustancias toxicas hasta la adopción de medidas para la práctica del sexo seguro. Lo cual a corto plazo, no resulta una decisión fácil de tomar por lo que después de una etapa de negación total han llegado al convencimiento que un cambio de conducta en su vida puede hacer la diferencia entre sentirse “igual” o “mejor”.

2. En la Dimensión Psicológica, el soporte emocional es importante para una persona seropositiva, mucho más si este apoyo viene del entorno familiar, sin embargo la realidad evidencia el temor a enfrentarse con la familia y por ello el estudio nos muestra que el principal soporte para los participantes viene dado por la pareja, algún amigo cercano o un grupo social (GAM) conformado por personas con el mismo estado serológico. Por lo que se evidencia una débil relación con la familia debido al temor por la reacción de los mismos aunado a los prejuicios que se tiene hacia una persona homosexual y su estilo de vida. También se ha identificado casos de negación de la enfermedad, es decir que no han encontrado aún los mecanismos de adaptación para aceptar su enfermedad, trayendo como consecuencia que no se preocupen de su tratamiento. De otro lado han cambiado su perspectiva de la vida y vivir el presente es lo primordial.
3. En la Dimensión Social, el deseo de la consolidación de una vida social y emocional estable va arraigada al clima familiar de cada participante y a como se sientan ellos en su condición de seropositivos frente a los demás, sin embargo la plenitud alcanzada en estos aspectos no serán del todo plena si no se es honesto consigo mismo y para con las personas con quienes se desee iniciar alguna relación. Por ello la escala de valores que posea cada persona es la que determinará si sus relaciones afectivas y/o sexuales resultan como esperaban aún en condiciones de ser portador del VIH.

## **LIMITACIONES**

- La captación y selección de participantes no fue una tarea sencilla, en algunos casos por la reticencia o poco interés de colaboración de las asociaciones que trabajan con los homosexuales que viven con VIH (en el caso de PROSA); y, en otros casos, por los propios recelos de algunos participantes seropositivos que preferían evitar ser reconocidos. Sin embargo, participar en las reuniones y talleres de estos colectivos, permitieron cumplir la mayoría de los objetivos propuestos.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar más estudios con un enfoque descriptivo que nos permitan obtener un profundo conocimiento acerca de las experiencias de la población homosexual con VIH y de las necesidades físicas y emocionales que los hacen doblemente vulnerables en una sociedad que niega su representatividad.
- Resultaría interesante tener dos perspectivas equilibradas: aquellos que fueron diagnosticados antes de la aparición del TARGA y los que lo fueron diagnosticados mucho después. Las experiencias del impacto, proceso, aceptación y adopción de estilos de vida saludables podrían ser diferentes dependiendo de la edad y el momento en que conocieron su diagnóstico (muchos años de Diagnóstico vs. Diagnóstico reciente). Por lo tanto, sería conveniente seguir explorando las experiencias de homosexuales seropositivos con un tiempo de diagnóstico más reciente.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1,3,4)Oficina General de Epidemiología (OGE) – Ministerio de Salud (MINSA). 2006. p.9-14

(2,6)PLAN REGIONAL DEL VIH/ITS para el sector Salud, OPS 2006.p:18-26

(7)<http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MODULOS/EPIDEMIOLOGIA.htm>

(8) Tesis:” Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, Perú, 2006, p:22-24

(9)Tesis “Conocimientos, prácticas y factores de vulnerabilidad relacionados a la transmisión sexual del SIDA en los travestis que ejercen el comercio sexual en las avenida Arequipa y Paseo de la Republica”,2001..p:17-20

(10) Tesis: “Vivencia del VIH, la sexualidad y la salud sexual en hombres homo/bisexuales seropositivos”, España, 2008.p:19-23

(11) Homosexualidad.(Definición en Internet). Disponible en <http://proyectopv.org/2-verdad/conceptohomo.htm>(28) Diccionario de la Real Academia Española. 2006.p.46.

(12,13,14, 15) Organización de las Naciones Unidas/SIDA, 2005.p:34-38

(16) Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Publica, 2005. p:16

(17,18, 19)Organización Panamericana de la Salud. Prevención del SIDA. Washintong. OPS-OMS,1994.p.13

(20,21))Población Vulnerable VIH/SIDA-Control Sostenible y descentralizado de las ITS/VIH/SIDA en el Perú, ONUSIDA-OMS,2006.

(22,23)Guía de Monitoreo y evaluación de la atención y apoyo relacionados con el VIH/SIDA, OPS, 2007.p:13-26

(24)UGARTECHE, Oscar, El Sida en America Latina (entrevista en internet. Disponible en: <http://proyectopv.org/2-verdad/conceptohomo.htm> Buscador: Google: tema: Homosexualidad -definición.

(25,26)PENDERSEN, Duncan, “estilos de vida y salud en el centro latinoamericano de desarrollo humano”, Montevideo. 1992.p 6-7

(27,28)ARELLANO CUEVA, Rolando. “Los estilos de vida en el Perú”, Edit. Consumidores y mercados S.A. Perú,2000.

(29)[http://www.robertexto.com/archivo14/talleres\\_vih.htm](http://www.robertexto.com/archivo14/talleres_vih.htm) -Golda Barrientos Bellone,Antofagasta – Chile

(30,) Manual de autocuidado para personas que viven con el VIH/SIDA.p:17-20

(31,32) El Primer Día Después De Resultar Seropositivo , Project Inform - enero de 2007

## **BIBLIOGRAFIA**

ARELLANO CUEVA, Rolando. "Los estilos de vida en el Perú", Edit. Consumidores y mercados S.A. Perú,2000.

El Primer Día Después De Resultar Seropositivo , Project Inform - enero de 2007

Guía de Monitoreo y evaluación de la atención y apoyo relacionados con el VIH/SIDA, OPS, 2007.p:13-26

Homosexualidad. (Definición en Internet). Disponible en <http://proyectopv.org/2-verdad/conceptohomo.htm>(28) Diccionario de la Real Academia Española. 2006.p.46.

Manual de autocuidado para personas que viven con el VIH/SIDA.p:17-20

Oficina General de Epidemiología (OGE) – Ministerio de Salud (MINSa). 2006. p.9-14

Organización Panamericana de la Salud. Prevención del SIDA. Washintong. OPS-OMS,1994. p.13

Organización de las Naciones Unidas/SIDA, 2005.p:34-38

PENDERSEN, Duncan, "estilos de vida y salud en el centro latinoamericano de desarrollo humano", Montevideo. 1992.p 6-7 Población Vulnerable VIH/SIDA-Control Sostenible y descentralizado de las ITS/VIH/SIDA en el Perú, ONUSIDA-OMS,2006

PLAN REGIONAL DEL VIH/ITS para el sector Salud, OPS 2006.p:18-26

Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Publica, 2005.  
p:16

Tesis:” Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, Perú, 2006, p:22-24

Tesis “Conocimientos, prácticas y factores de vulnerabilidad relacionados a la transmisión sexual del SIDA en los travestis que ejercen el comercio sexual en las avenida Arequipa y Paseo de la Republica”,2001..p:17-20

Tesis: “Vivencia del VIH, la sexualidad y la salud sexual en hombres homo/bisexuales seropositivos”, España, 2008.p:19-23

UGARTECHE, Oscar, El Sida en America Latina (entrevista en internet. Disponible en: <http://proyectopv.org/2-verdad/conceptohomo.htm> Buscador: Google: tema: Homosexualidad -definición.

VIH y vida en pareja-28 de Marzo de 2008  
<http://www.educasexo.com/enfermedades-transmision-sexual/vih-y-vida-en-pareja.html>

[http://www.robertexto.com/archivo14/talleres\\_vih.htm](http://www.robertexto.com/archivo14/talleres_vih.htm) -Golda Barrientos Bellone,Antofagasta – Chile

.



**ANEXOS**

## **ANEXO “A”**

### **ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

**DIRIGIDO A:** Personas homosexuales con VIH de Lima Metropolitana.

**OBJETIVO:** Identificar los estilos de vida en las dimensiones biológica, psicológica y social del homosexual con VIH.

### **PREGUNTAS NORTEADORAS**

1. ¿Qué significa para usted, ser portador del VIH/SIDA?
2. ¿Cuál diría que es su principal temor respecto al VIH?
3. ¿Cómo cambio su vida a partir del diagnóstico?
  - a. ¿Cómo es la relación con sus amigos, familia o pareja, trabajo?
  - b. ¿Su vida sexual cómo ha cambiado?
  - c. ¿Actualmente, mantiene usted una exclusividad sexual?
  - d. ¿De qué forma suele distraerse los fines de semana?
4. ¿Con quienes comparte sus temores, preocupaciones y situaciones de malestar respecto a su diagnóstico?
5. ¿Por qué cree usted, que es importante seguir un tratamiento?
6. ¿Considera necesario consumir alcohol, cigarros o alguna droga para desinhibirse?